

Matias Soininen

TIEDOT MINI-INTERVENTIOSTA JA SEN KAYTTO RAUMAN
TERVEYSKESKUKSEN POTILASVASTAANOTOILLA

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2011

TIEDOT MINI-INTERVENTIOSTA JA SEN KÄYTTÖ RAUMAN TERVEYSKESKUKSEN POTILASVASTAANOTOILLA

Soininen, Matias
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Maaliskuu 2011
Ohjaaja: Pirilä, Ritva
Sivumäärä: 34
Liitteitä: 3

Asiasanat: Varhainen puuttuminen, potilasneuvonta, AUDIT, motivointi, päihdetyö

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Rauman terveyskeskuksen potilasvastaanottoa pitävien lääkärien, terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien tietämystä mini-interventiosta ja sen toteuttamista työssään. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa sellaista tietoa terveyskeskukselle, josta on hyötyä suunniteltaessa täydennyskoulutusta ja/tai ohjeistettaessa työntekijöitä mini-intervention käyttöön.

Tutkimus oli luonteeltaan määrällinen eli kvantitatiivinen. Aineisto kerättiin syyskuussa 2010 kyselylomakkeella, joka sisälsi 50 strukturoitua kysymystä. Tutkimuksen kohdejoukkona oli Rauman terveyskeskuksen pohjoisen ja eteläisen aluevastaanoton sekä Nortamonkadun työterveysaseman potilasvastaanottoa pitävät lääkärit, terveydenhoitajat ja sairaanhoitajat (N=42). Kyselylomakkeita palautettiin määräaikaan mennessä 16 kappaletta. Vastausprosentti oli näin ollen 35 %. Tutkimukseen otti osaa kaksi lääkäriä, 10 terveydenhoitajaa ja kaksi sairaanhoitajaa. Tutkimustulosten mukaan potilasvastaanottoa pitävien lääkärien, terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien tietämys mini-intervention vaikuttavuudesta oli hyvä. Yli puolet vastanneista oli sitä mieltä, että mini-intervention toteuttaminen ei vie liikaa aikaa. Potilaan alkoholinkäyttöön puuttumista viidennes (n=3) piti vaikeana. Mini-intervention toteuttaminen vastaanotolla oli vähäistä. Vastaajista vain kolmannes (n=5) ilmoitti kysyvän-
sä jokaiselta potilaalta hänen alkoholinkäytöstään.

Tutkimukseen osallistuneista noin puolet (n=8) oli sitä mieltä, että heillä ei ollut riittävästi tietoa mini-intervention teoriapohjasta eivätkä he olleet saaneet siitä peruskoulutuksensa jälkeen lisäkoulutusta. Tuloksista voidaan päätellä, että täydennyskoulutus mini-interventiosta olisi tarpeellista. Tutkimuksessa mukana olleista puolet toivoi saavansa täydennyskoulutusta aiheesta. Jatkotutkimushaasteena olisi mielenkiintoista selvittää tarkasti, millaista koulutusta mini-interventioista toivotaan; teoriakoulutusta vai käytännön harjoituksia. Koulutuksen jälkeen olisi aiheellista selvittää, lisääntykö mini-intervention toteuttaminen vastaanotoilla.

INFORMATION ON BRIEF INTERVENTION AND FREQUENCY OF ITS USE AMONG PRIMARY CARE WORKERS WITH PATIENTS ATTENDING THEIR OUT-PATIENT APPOINTMENTS AT RAUMA HEALTH CENTRE

Soininen, Matias

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

March 2011

Supervisor: Pirilä, Ritva

Number of pages: 34

Appendices: 3

Key words: early intervention, patient guidance, AUDIT, motivation, substance abuse services

The purpose of this thesis was to determine how familiar primary care physicians, public health nurses and registered nurses were with the use of brief intervention as a substance abuse prevention method(i. e short, one-on-one counselling sessions, which aim at increasing awareness regarding substance use and motivation toward behavioural change); and to assess the frequency of its implementation in primary care. The aim was to provide health care centres such information, which could be used when planning further education and training or when giving instructions and guidelines for the health care personnel on how to use brief intervention techniques at their work.

This study was quantitative. The material was collected with a questionnaire, consisting of 50 structured questions, in September 2010. The target group of the study comprised “clinicians”; doctors who see patients, public health nurses, and registered nurses (N=42) employed either at the northern or southern district unit of Rauma Health Centre or at Nortamonkatu Occupational Health Centre. The number of returned questionnaires was 16, thus, the response rate was 35%. Two clinicians, ten public health nurses and two registered nurses participated in the study.

The results of the study suggest that all the respondents; clinicians, public health nurses and registered nurses, were well familiar with the effectiveness of brief intervention and screening in primary care. Almost half of the participants reported that administering brief interventions did not take too much of their time. One fifth of the respondents had found it difficult to intervene or initiate discussions on patient’s substance use. Only few of the respondents had administered brief interventions in the management of patients with alcohol-related problems and only one third of the participants reported asking their patients about their alcohol use.

About half of the respondents felt that they had insufficient theoretical knowledge of brief intervention techniques and they had not received adequately extra training to feel comfortable in providing interventions. The results show that further education and training on brief interventions could enhance the nursing staff’s practise of these techniques. Possibilities for further training were recommended by eight respondents. Future studies could try to establish the nursing staff’s opinions on the type of training needed, should it concentrate more on the theoretical basis for BI or focus on practical, hands-on skills. After the training a study should be conducted to establish whether this has evoked any change in the frequency of brief interventions carried out by the health care personnel in primary care settings.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	MINI-INTERVENTIO	6
2.1	Audit-testi	6
2.2	Motivoiva haastattelu.....	6
3	ALKOHOLIN KÄYTÖN TASOT.....	8
3.1	Alkoholin kohtuukäyttö	9
3.2	Alkoholin suurkulutus.....	9
3.3	Riskijuominen.....	10
4	ALKOHOLIRIIPPUVUUS.....	11
4.1	Psyykkinen riippuvuus.....	11
4.2	Fyysinen riippuvuus.....	12
4.3	Sosiaalinen riippuvuus	12
4.4	Henkinen riippuvuus.....	13
5	AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET	13
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT	15
7	OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN.....	16
7.1	Tutkimusmenetelmä ja kyselylomakkeen laatiminen.....	16
7.2	Aineiston keruu ja kohderyhmän kuvaus.....	16
7.3	Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi.....	17
8	TUTKIMUSTULOKSET.....	18
8.1	Asenteet mini-interventioon	18
8.2	Tiedot mini-interventiosta.....	20
8.3	Mini-intervention toteuttaminen	23
9	POHDINTA.....	25
9.1	Tutkimustulosten tarkastelu	25
9.2	Tutkimuksen luotettavuus.....	27
9.3	Tutkimuksen eettiset näkökulmat	30
9.4	Jatkotutkimusehdotukset.....	32
	LÄHTEET.....	33
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

On arvioitu, että suomalaisista 300 000-500 000 juo alkoholia terveydelle haitallisesti. Hyvällä neuvonnalla on mahdollista auttaa useita, joille tietämys alkoholin rinnalla hiipivistä sairauksista on vähäistä ja näin estää liiallisen alkoholinkäytön mukanaan tuomien ongelmien syntyminen. Neuvonnalla voidaan vaikuttaa siihen, että asiakas vähentää alkoholin juontiaan tai lopettaa sen kokonaan. Päihdeongelmaan puuttuminen mahdollisimman aikaisin vaikuttaa myönteisesti sekä potilaan terveyteen että hänen sosiaalisiin suhteisiinsa ja taloudellisiin asioihinsa. (Holmberg, Hirschovits, Kylmänen & Agge 2008, 240.)

Päihdeongelmista puhuttaessa yleensä huomio keskittyy vain kaikkein ongelmallisimpaan ryhmään eli alkoholisteihin. Lisääntyneen alkoholinkulutuksen takia puuttumista, neuvontaa ja ohjausta tulisi keskittää enemmän niin sanottuun mini-intervention kohderyhmään eli varhaisvaiheen suurkuluttajiin, jotka vielä pystyvät säätelemään alkoholinkäyttöään. Näistä henkilöistä ei välttämättä näe päälisin puolin, että he ovat riskikuluttajia ja siksi alkoholinkäytöstä kysymistä tulisi tehdä terveydenhuollon vastaanotoilla mahdollisimman paljon valikoimatta kohderyhmää. (Heljälä, Juvansuu & Kuokkanen 2006, 17.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Rauman terveyskeskuksessa työskentelevien lääkäreiden, sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien tietoja mini-interventiosta ja sen käytöstä. Tästä aiheesta ei ole Raumalla aikaisemmin tehty tutkimusta, joten aihe on ajankohtainen, tärkeä ja kiinnostava. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa sellaista tietoa terveyskeskukselle, josta on hyötyä suunniteltaessa täydennyskoulutusta ja/tai ohjeistettaessa työntekijöitä mini-intervention käyttöön.

2 MINI-INTERVENTIO

Mini-interventiolla tarkoitetaan terveydenhuollossa tapahtuvaa alkoholinkäytön puhekesiottoa ja riskikulutuksen tunnistamista sekä neuvontaa alkoholinkäytön vähentämiseksi. Mini-interventio on tutkimusten mukaan tehokas ja edullinen tapa ehkäistä ja vähentää alkoholihaittoja ennen alkoholiriippuvuuden kehittymistä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. (Käypähoito-suositus. 2010.)

2.1 Audit-testi

AUDIT-testi (Alcohol Use Disorders Identification Test) on Maailman terveysjärjestö WHO:n kehittämä testi, jota voidaan käyttää asiakkaan alkoholinkulutusta kartoitettaessa. Haastattelija käy lomakkeen läpi yhdessä asiakkaan kanssa. Testissä asiakas vastaa kymmeneen kysymykseen alkoholinkäyttönsä määrästä, tiheydestä, syistä sekä juomisesta aiheutuvista haitoista viimeisten kahdentoista kuukauden aikana. Testissä pisteitä voi saada nollasta neljäänkymmeneen. Suurkulutuksen rajana pidetään kahdeksaa pistettä. Jos miesasiakas saa testistä vähintään kymmenen pistettä ja naisasiakas kahdeksan, aloitetaan ohjaus ja neuvonta. (Heljälä ym. 2006, 22.)

2.2 Motivoiva haastattelu

Asiakkaan motivoiminen alkoholin käytön vähentämiseen aloitetaan, jos Audit-testin tulos antaa siihen aihetta. Motivoiva haastattelu on yksi mini-intervention työväline. Motivoivan haastattelun menetelmä on tavoite- ja voimavarasuuntautunut vuorovaikutusprosessi. Haastattelijan tavoitteena on löytää yhdessä haastateltavan kanssa menetelmiä, joiden avulla alkoholinkäyttöä saadaan vähennettyä. Tärkeintä on haastateltavaa kunnioittava ja arvostava asenne, haastateltavan ydinarvojen ja tavoitteiden huomioon ottaminen. Motivaatio ei ole motivoitavan persoonallinen ominaisuus tai

vakiintunut olotila, jota on tai ei ole, vaan se syntyy henkilöiden välisessä vuorovaikutuksessa. Motivaatiota voidaan herättää, kasvattaa, rakentaa, vahvistaa – tai tuhota. Motivoivassa haastattelussa asiakasta ei leimata millään tavalla, vaan keskitytään niihin asioihin, joista asiakas voimaantuu muutokseen. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 126–133.)

Motivoivassa haastattelussa haastattelija käyttää erilaisia strategioita ja avaintaitojaan tukeakseen asiakasta, joka etenee muutosvaiheesta toiseen ratkaistakseen sisäisen ristiriitansa. Ambivalenssia tutkitaan punnitsemalla nykyisen toiminnan ja muutoksen jälkeisen toiminnan hyötyjä ja haittoja. Muutos ei useinkaan onnistu kerralla, vaan yrityksiä tarvitaan useita ja malttia jaksaa ja uskoa muutokseen. Muutoksen vaihemalli sisältää osavaiheita kuten esiharkinta-, harkinta-, päätös-, toiminta- ja vakiinnuttamisvaiheen sekä retkahdukset. (Havio ym. 2008, 126–133.)

Motivoivassa haastattelussa avoimien kysymyksien käyttö on tavallista. Kysymys alkaa m- tai k-alkuisella kysymyssanalla kuten mitä, mikä, miten, missä, milloin, kuka, kenen kanssa ja kuinka. Avoimia kysymyksiä ei pitäisi tehdä useampaa kuin kolme peräkkäin, vaan ryhmittää haastattelu siten, että kysymysten lomaan tulee aktiivista tai reflektointia kuuntelua, yhteenvetoja, faktatiedon antamista, rohkaisua ja vahvistusta. Avoimet kysymykset tuottavat paljon vastauksia, joita haastattelijalla on oltava aikaa ja mielenkiintoa kuunnella. Reflektointia eli heijastavassa kuuntelussa ei oteta asiaan kantaa tai kysyä, vaan se, mihin asiaa reflektoidaan, on tavallaan kannanotto. Reflektoinnin ei pidä olla passiivista, vaan vallitsevaa ja ohjaavaa kuten sanotun toisto, sanotun uudelleen muotoilu, selventävä muunnelma tai tunteiden heijastaminen. On tärkeää, että haastateltava voi korjata tai oikaista haastattelijan päätelmiä tai arvauksia. (Havio ym. 2008, 126–133.)

Motivoitumista edistää se, että haastattelija vetää yhteen näkemyksensä asiakkaan tilanteesta. Yhteenvedot lisäävät tietoisuutta, auttavat päätöksen teossa ja edistävät muutosprosessia. Yhteenvedot voivat sisältää asiakkaan perustelut muutokselle, ambivalenssin, ”objektiiviset näytöt” eli faktat ja asiakkaan muutosta koskevat haluamiset, aikomiset tai suunnitelmat. (Lepistö, von der Pahlen & Marttunen 2007, 8-9.)

Asiakkaan vastustus on puolustautumista, joka pitäisi käsittää voimavarana ja luonnollisena reaktiona, jota ei pitäisi lähteä murtamaan. Haastatteluun omasta tahdostaan tuleva asiakas yleensä vastustelee vähemmän kuin haastatteluun ohjattu asiakas. Taitava haastattelija ymmärtää perääntyä tai vaihtaa strategiaa siltä varalta, että asiakas voi jättää tulematta seuraavaan haastatteluun, jos keskustelu alkaa muuttua kinaamiseksi. Motivoiva haastattelu ei ole manipulointia tai näyttöjen löytämistä ongelmista, vaan ihminen motivoituu omien arvojensa ja pyrkimystensä myötä siinä tahdissa, kuin se on kenellekin mahdollista. Suuri merkitys motivoinnissa on haastattelijan persoonallisuus ja empaattisuus, jota välitetään asiakkaalle pysymällä ohjaajan ja opastajan roolissa. (Havio ym. 2008, 126–133.)

3 ALKOHOLIN KÄYTÖN TASOT

Suurin osa suomalaisista juo alkoholia. Viime vuosikymmeninä erityisesti naisten alkoholinkäyttö on lisääntynyt tuntuvasti. Vuonna 1982 suomalaisista naisista 32 % ilmoitti, ettei ollut ollenkaan käyttänyt alkoholia kuluneen vuoden aikana. Vastaava luku miesten osalta oli 15. Vuonna 2009 vastaavat prosenttiosuudet olivat naisilla ja miehillä samat 10 %. (Päihdelinkki 2009.) Alkoholinkäyttötavat vaihtelevat iän, sukupuolen ja eri seudulla asuvien välillä. Viimeisimmän aikuisten terveystutkimustutkimuksen mukaan miehet juovat alkoholia useammin kuin naiset. Tyypillinen suomalainen mies juo alkoholia 2-3 kertaa viikossa (25 %) ja nainen 2-3 kertaa kuukaudessa (27 %). Pidemmän koulutuksen saaneet juovat alkoholia enemmän kuin peruskoulutuksen saaneet. Eronneet ja työttömät juovat enemmän kuin avio- tai avoliitossa olevat ja työssä käyvät. (Havio ym. 2008, 54.)

Alueellisesti alkoholinkulutukseen vaikuttaa elinkeinorakenne, turismi ja työllisyystilanne. Kun vuonna 2006 Lapissa, jossa on runsaasti turismia, myytiin 100-prosenttista alkoholia 11,7 litraa asukasta kohden, oli vastaava luku Ahvenanmaalla 5,7 litraa. Suuressa osassa maakuntia alkoholinkulutus oli 8-9 litraa, Etelä- ja Keski-Pohjanmaalla sekä Itä-Uudellamaalla ja Pohjois-Karjalassa 6-7 litraa. (Havio ym. 2008, 54–55; Stakes 2006, 17–19.)

Usein alkoholiasioista puhuttaessa huomio kohdistuu vain kaikkein ongelmallisimpiin alkoholikäyttäjiin, alkoholisteihin. Maailman terveysjärjestön käyttämä primaari-, sekundaari- ja tertiääritasoa tarkasteleva ajattelutapa kohdistaa huomion ihmisen terveyskäyttäytymiseen ja yleiseen terveydenhoitoon, jolloin päihteiden käyttöä tulee tarkastella yhtenä keskeisenä terveysriskinä. Päihdekysymykset tulisi nähdä laajana, koko väestöä koskettavana asiana, eikä vain ongelmallisimpana riippuvuuskäyttäytymisenä. (Havio ym. 2008, 54.)

3.1 Alkoholin kohtuukäyttö

Alkoholin kohtuukäytöllä tarkoitetaan satunnaista ja vähäistä alkoholinkäyttöä. Tällöin alkoholia voidaan nauttia ruokailun yhteydessä, juhlissa tai muutoin korostamaan jotakin tilannetta. Perinteistä suomalaista rajua kertajuomista ei voida pitää kohtuullisena juomisena, vaikka se tapahtuisi hyvin harvoin. Runsaaseen, humalahaikuiseen kertakäyttöön liittyy jo yli yhden promillen humalassa nopeasti kasvava tapaturmariski. (Havio ym. 2008, 54.)

Alkoholin kohtuukäyttäjä ei tavoittele humaltumista. Alkoholinkäyttöä voidaan pitää kohtuullisena, jos alkoholimäärä jää viikossa miehillä selvästi alle 15:n ja naisilla 10 annoksen ja käyttö jakautuu usealle päivälle, eikä käytöstä seuraa haittoja. Haittoja ovat aamukrapula, joka estää seuraavana päivänä työhön lähdön tai autolla ajon tai alkoholista johtuvat taloudelliset ongelmat tai perhesuhteiden ongelmat. Tällöin kyseessä on jo alkoholin suurkulutuksen varhaisvaihe. Varhaisvaiheeseen liittyvää päivittäistä juomista olisi syytä välttää, koska se saattaa aiheuttaa henkistä riippuvuutta ja sietokyvyn lisääntymistä. (Havio ym. 2008, 55.)

3.2 Alkoholin suurkulutus

Alkoholinkulutus voi huomaamatta nousta lisääntyneen sietokyvyn myötä ja johtaa fyysisen riippuvuuden syntymiseen. Riskirajat on laadittu terveille aikuisille. Nuorten elimistö sietää alkoholia heikommin kuin aikuisten. Raskaana olevien tulisi pidättäytyä kokonaan alkoholista. Ikääntyneiden alkoholinkäyttöä pitäisi tarkastella suhteessa

elimistön vanhenemiseen ja siihen liittyviin sairauksiin ja lääkityksiin. Vanhojen, usein sairaiden ja lääkkeitä käyttävien ihmisten alkoholin sietokyky on heikompi kuin terveiden aikuisten. Alkoholin suurkulutuksen alaraja miehillä on 24 annosta viikossa ja naisilla 16 annosta viikossa. Kertakulutuksen osalta suurkulutuksen yläraja on miehillä 7 annosta ja naisilla 5 annosta. Erot miesten ja naisten kesken johtuvat ruumiinpainojen eroista sekä kudosten rasva- ja vesipitoisuuksien eroista. Ikään-tyneiden alkoholin suurkulutuksen rajat on Suomessa määritelty Yhdysvalloista saatujen kokemusten perusteella. Yli 65-vuotiailla seitsemän alkoholiannosta viikossa ja korkeintaan kaksi annosta kerralla on suurkulutuksen raja. (Havio ym. 2008, 56.)

Alkoholin suurkuluttaja voi olla kriisijuoja, joka juo lievittääkseen jotain elämänsä kriisiä. Juominen alkaa nopeasti ja jatkuu, kunnes taustalla olevat ongelmat on selvitetty. Suurkuluttaja voi olla myös tuurijuoja, joka voi olla ilman alkoholia pitkiäkin aikoja, mutta alkaa taas juoda haitallisen rajusti ilman, että tarvitsee syyksi kriisiä tai objektiivisesti tunnistettavaa tapahtumaa. (Havio ym. 2008, 53–58.)

3.3 Riskijuominen

Käsite riskijuominen on varsin ongelmallinen, eikä sille ole yhtä yleisesti hyväksyttyä määritelmää. Yleensä nuorten riskijuomisella tarkoitetaan sekä juomista, johon liittyy alkoholihaittoja että humalahakuista kertajuomista. Riskijuomisen rajana tällöin voidaan pitää miehillä vähintään viisi ja naisilla vähintään neljä alkoholiannosta yhdellä kertaa. Alkoholin käyttö liitetään tavallisesti nuoruuden riski- ja ongelma-käyttäytymiseen ja sitä pidetään normatiivisena, ikäryhmään kuuluvana käyttäytymisenä, vaikka juomiskäyttäytymisellä saattaa olla varsin vakavat seuraukset. Viikoittaisten riskirajojen ylitys kasvattaa riskiä saada fyysisiä ja psyykkisiä oireita, pahentaa sairauksia ja aiheuttaa alkoholiriippuvuutta. (Seppä 2003, 57.)

Yksilöön itseensä assosioituvista tekijöistä ainakin alkoholiin liitetty positiiviset odotukset, elämyshakuisuus sekä ahdistus ovat syitä nuorten riskijuomiseen. Lähipiirin kuten vanhempien ja ikätoverien juomatavat sekä kulttuuriset normit ja alkoholi-juomien saatavuus ovat niin ikään yhteydessä riskijuomiseen. (Havio ym. 2008, 56-57.)

Nuorten tulevaisuuden kannalta huomioitava seikka on yhteys varhain aloitetun alkoholinkäytön sekä aikuisiän ongelmajuomisen ja alkoholiriippuvuuden välillä. Varhain aloitettu alkoholinkäyttö saattaa näkyä jo myöhäisnuoruudessa muun muassa alkoholin ongelmakäyttönä ja siihen liittyvinä haittoina kuten väkivaltaisuutena, poissaoloina koulusta tai työstä, rattijuopumuksena ja lisääntyvänä riskinä muiden päihteiden käytölle. (Inkinen, Partanen & Sutinen 2006, 180–185.).

4 ALKOHOLIRIIPPUVUUS

Riippuvuutta voidaan kuvata perustaltaan biologisena, psyykkisenä sekä sosiaalisena ilmiönä. Riippuvuuden ymmärtämiseksi ja hoitosuhteen rakentamiseksi on tärkeää löytää se pienin yhteinen nimittäjä, joka potilastyössä ohjaa eri toimijoita tukemaan ihmisen tervehtymistä kokonaisvaltaisesti ja yksilöllisesti. Yhteisenä nimittäjänä voidaan pitää esimerkiksi näkemystä riippuvuudesta motivaatiojärjestelmän pitkäkestoisena häiriötilana, jossa yksilö alkaa kohtuuttomasti suosia jotain välittömästi palkitsevaa, mutta seurauksiltaan haitallista käyttäytymistä. Motivaatiojärjestelmä koostuu voimista, jotka energisoivat ja suuntaavat käyttäytymistä ja vaikuttavat sekä ihmisen tietoihin että tiedostamattomiin valintoihin. (Holmberg ym. 2008, 28–29.)

4.1 Psyykkinen riippuvuus

Psyykkinen riippuvuus ilmenee käyttöhimona ja haluina, käytön pakonomaisuutena, kontrolloimattomuutena ja ajatusten sekä toiminnan kiertymisellä aineen hankinnan ja käytön ympärille. Psyykkisessä riippuvuudessa henkilö uskoo, että ilman riippuvuutta aiheuttavaa ainetta tai toimintoa ei selviydy. Riippuvainen tarvitsee riippuvuutta aiheuttavaa ainetta hyvänolontunteensa palauttamiseksi ja riippuvuus ikään kuin istuu ihmisen viettipohjaan ja pahimmillaan ehdollistaa muut ihmisen perustarpeet alleen. Keskeistä on ymmärtää, että riippuvuutta aiheuttava kemiallinen aine tai toiminta toimii vain välinearvona, jolloin kyseisen toiminnan todellinen kohde ei olekaan itse aine tai toiminta, vaan se sisäinen tila tai elämys, jota niiden avulla ta-

voitellaan. Syitä psyykkiselle riippuvuudelle voidaan etsiä yksilön menneisyydestä, persoonallisuudesta sekä hänen senhetkisestä elämäntilanteestaan (Dahl & Hirschovits 2002, 265.)

Psyykkistä riippuvuutta hoidettaessa keskeistä on keskustelu potilaan tai asiakkaan kanssa siitä, millaisissa tilanteissa henkilö kokee tarvitsevansa päihdettä ja miten näissä tilanteissa voisi toimia toisin. Tärkeää on myös miettiä, ovatko potilaan päih-teisiin liittyvät uskomukset todenperäisiä ja auttaa potilasta näin rakentamaan psyyk-kistä itsesäätelystä. (Holmberg ym. 2008, 32.)

4.2 Fyysinen riippuvuus

Fyysinen riippuvuus syntyy toistuvan pitkäaikaisen käytön seurauksena, kun elimistö mukautuu vieraan kemiallisen aineen läsnäoloon. Mukautumisen myötä alkaa kehittyä toleranssi eli sietokyky, jolloin kyseistä ainetta tarvitaan enemmän saman vaikutuksen aikaansaamiseksi. Elimistön sopeuduttua aineeseen seuraa vieroitusoireita käytön äkillisestä lopettamisesta. Fyysisesti ihminen voi myös ehdollistua aineen käyttöön, jolloin elimistö reagoi jo tilanteeseen, joka edeltää käyttöä, samoin kuin vesi herauttaa kielelle hyvän ruoan tuoksun seurauksena. (Holmberg ym. 2008, 33.)

4.3 Sosiaalinen riippuvuus

Sosiaalinen riippuvuus on riippuvuutta ryhmään, jossa riippuvuutta aiheuttavaa toimintaa harjoitetaan tai ainetta nautitaan. Sen synnyttää ja sitä ylläpitää ryhmään kuulumisuuden ja hyväksytyksi tulemisen tunne. Sosiaalinen riippuvuus voi ilmetä jo ennen riippuvuussairautta. Hoitotyön kannalta sosiaalisen riippuvuuden käsittely on tärkeää. On tärkeää pohtia asiakkaan tai potilaan kanssa, ketkä hänen lähipiirissään voisivat tukea häntä riippuvuudesta toipumisessa ja miten hän voisi rakentaa arkeaan ja päivärytmiään elämänhallintaa tukevaksi. Sairaanhoidajan yhteistyötahona sosiaalisten asioiden käsittelyssä toimivat sosiaalityöntekijät. (Holmberg ym. 2008, 34.)

4.4 Henkinen riippuvuus

Henkinen riippuvuus ilmentyy riippuvuuskäyttäytymiseen liittyvänä elämäntarkoituksena, uskomuksina, jotka täyttävät henkisen tyhjiön. Riippuvuuskäyttäytymiseen saatetaan liittää uskonnollisävytteisiä rituaaleja, jolloin tajuntaa laajentavien aineiden päihtymistilaa pidetään pyhänä. Hengellisessä riippuvuuskehityksessä ongelma tulkitaan esimerkiksi ihmisen rikkoutuneena suhteena itseensä, lähimmäisiinsä ja jumalaan. Tämän takia henkilön kokemus elämän tarkoituksesta on hävinnyt ja pakonomaiset mieltymykset ovat syrjäyttäneet yksilön vapauden ja kokemuksen oman elämän hallinnasta. Hoitotyön kannalta henkistä riippuvuutta voidaan käsitellä esimerkiksi elämäntarkoituksellisten keskustelujen avulla. Henkistä riippuvuutta hoitaessaan sairaanhoitaja voi toimia yhteistyössä muun muassa sairaalapapin kanssa. (Holmberg ym. 2008, 34–35.)

5 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Tutkimustietoa mini-intervention toteuttamisesta on vähän. Kaikille Suomen perusterveydenhuollon lääkäreille vuonna 2002 suunnatun kyselytutkimuksen tulosten mukaan yhdeksän prosenttia toteutti mini-interventiota säännöllisesti, 50 % silloin tällöin ja 41 % ei lainkaan. Lähes jokainen, joka ei toteuttanut työssään mini-interventiota, oli sitä mieltä, että heidän pitäisi tai he haluaisivat toteuttaa sitä. Syynä vähäiseen mini-intervention toteuttamiseen on pidetty kiirettä, koulutuksen puutetta, niukkoja resursseja, luuloa, että omat taidot eivät riitä, kohderyhmän epäselvyyttä, selvien ohjeiden puutetta ja terveystieteellisten päätösten heikkoa tukea. (Seppä 2004, 57–63.)

Mini-intervention tehosta alkoholin varhaisvaiheen suurkuluttajiin tutkinut Aalto (2001, 69) toteaa, että noin puolet suurkuluttajista olisi halukkaita osallistumaan mini-interventioniin. Tutkimuksen mukaan vähintäänkin neljännes näyttäisi hyötyvän mini-interventiosta. Jopa lyhyt, yhden käyntikerran aikana annettu neuvonta voi vähentää suurkuluttajien juomista. Aalto toteaa, että tärkeää olisi löytää ne esteet, jotka

ovat pidäkkeenä alkoholin varhaisvaiheen suurkuluttajien tehokkaalle hoidolle ja toisaalta löytää ne keinot, joilla nämä esteet voidaan poistaa. Aallon tutkimus tehtiin osana tavallista terveyskeskustoimintaa Lahdessa vuosina 1993–1997. Tutkimuksessa oli mukana 414 alkoholin varhaisvaiheen suurkuluttajaa.

Sosiaali- ja terveysministeriön rahoituksella käynnistettiin vuonna 2004 kaksi valtakunnallista hanketta alkoholin suurkulutuksen ehkäisyyn. Valtakunnallinen perusterveydenhuollon mini-interventiohanke VAMP sekä työterveyshuollon ”Alkoholin suurkuluttajien mini-interventio työterveyshuollon jokapäiväiseen käyttöön”-hanke. Nelivuotisten hankkeiden toiminta pyrki yhteistyössä siihen, että alkoholinkäytön kysymisestä ja mini-interventiosta tulisi osa terveydenhuollon ammattilaisten rutiini-toimintaa, jonka sekä henkilöstö että palvelujen käyttäjät hyväksyisivät. Juurruttamisessa hyödynnettiin sitä kokemuspohjaa, mitä kansainvälinen yhteistyö ja tieteellinen tieto ovat tuottaneet. Hankkeen aikana toimittiin laajapohjaisesti sitouttamalla terveydenhuollon johtoa, luotiin verkostoja, kohdennettiin tiedotusta väestölle julkaisemalla artikkeleita ammattilehdissä ja tuotettiin kirjallista materiaalia. Hankkeiden aikana asenteet mini-interventioon muuttuivat myönteisiksi ja toiminta sai johdon vankkumattoman tuen. Terveydenhuollon henkilöstö lisäsi hankkeen aikana merkittävästi mini-intervention toteuttamista. Hankkeilla saatiin työvälineet, verkostot ja toimintatavat mini-interventiotoiminnan kattavaksi juurruttamiseksi koko Suomen terveydenhuoltoon. (STM 2008:10,56.)

Jäntti ja Ollikainen (2009, 34–35) tekivät opinnäytetyönä tutkimuksen aikuisväestön alkoholinkäytön varhaisesta tunnistamisesta ja mini-intervention toteuttamisesta sairaanhoitajan työssä. Tutkimus oli luonteeltaan laadullinen eli kvalitatiivinen. Tutkimuksen kohdejoukkona (N=4) oli Kuopion kaupungin perusterveydenhuollon sairaanhoitajia. Tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajat kokivat alkoholinkäytön varhaisen tunnistamisen vaikeaksi ja mini-intervention toteuttamisen liian paljon aikaa vieväksi. Tutkimuksessa mukana olleet sairaanhoitajat toivoivat koulutusta mini-intervention toteuttamiseen sekä selkeitä ohjeita, milloin ja miten mini-interventiota tulisi toteuttaa. Sairaanhoitajien toiveena oli myös, että Audit-lomake uudistettaisiin. Heidän mukaansa Audit-lomake ei ole luotettava, sillä potilas voi täyttää lomakkeen miten haluaa ja saatu pistemäärä on erilainen kuin potilaan ulkoinen olemus.

Hietasaaren (2009, 30) opinnäytetyönä tehty tutkimus mini-interventio-koulutusten vaikuttavuudesta kertoo, että koulutus lisää mini-intervention käyttöä. Hietasaaren tutkimuksen mukaan asenteet, kiire, sekä mini-intervention tekemiseen tarvittavien tietojen ja taitojen puute olivat ennen koulutusta esteenä sen toteuttamiselle. Hietasaaren tekemään kvantitatiiviseen eli määrälliseen tutkimukseen osallistui (N=79) sosiaali-, terveys- ja opetusaloilta työntekijöitä Nivala-Haapajärven seutukunnasta ja Vieskan terveydenhuoltokuntayhtymän alueelta.

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Rauman terveyskeskuksen potilasvastaanottoa pitävien lääkärin, terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien tietämystä mini-interventiosta ja toteuttavatko he sitä työssään. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa sellaista tietoa terveyskeskukselle, josta on hyötyä suunniteltaessa täydennyskoulutusta ja/tai ohjeistettaessa työntekijöitä mini-intervention käyttöön.

Tämän opinnäytetyön tutkimusongelmat ovat:

1. Mitä Rauman terveyskeskuksessa työskentelevät lääkärit, terveydenhoitajat ja sairaanhoitajat tietävät mini-interventiosta?
2. Toteuttavatko Rauman terveyskeskuksessa työskentelevät lääkärit, terveydenhoitajat ja sairaanhoitajat mini-interventiota?
3. Tarvitsevatko lääkärit, sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat omasta mielestään mini-intervention toteuttamiseen liittyvää täydennyskoulutusta?

7 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

7.1 Tutkimusmenetelmä ja kyselylomakkeen laatiminen

Tässä opinnäytetyössä käytettiin tutkimusmenetelmänä kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin strukturoidulla tätä opinnäytetyötä varten tehdyllä kyselylomakkeella (Liite3). Kyselytutkimuksen etu on, että sen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto ja se on menetelmänä tehokas ja aikaa säästävä. Myös kyselyyn vastaavan anonymiteetti pysyy hyvin suojattuna. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 195.)

Kyselylomake sisälsi 50 kysymystä. Ensimmäisessä kysymyksessä tiedusteltiin vastaajan ammattinimikettä. Vastaajan asenteita mini-interventioon koskevat kysymykset (kysymysnumerot 2-13) olivat seuraavina. Vastaajan tiedot mini-interventiosta (kysymysnumerot 14-31) olivat kolmantena. Mini-intervention toteuttamista koskevat kysymykset (kysymysnumerot 32-50) olivat viimeisenä.

7.2 Aineiston keruu ja kohderyhmän kuvaus

Tutkimuksen validius eli pätevyys tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Kyselylomakkeen kysymysten tulee olla niin selkeitä, että vastaaja ymmärtää ne oikein. (Hirsjärvi ym. 2010, 231- 232.) Tämän opinnäytetyön kyselylomakkeen laatimisessa oli pyritty takaamaan luotettavuus. Ohjeet vastaamiseen ja kysymykset oli asetettu niin selkeäksi, että vastaaja ymmärtäisi, miten kysymyksiin tulee vastata ja, mitä kysymyksillä tarkoitetaan. Kyselylomake tulee aina esitestata. (Vilkka 2007, 78). Kyselylomakkeen esitestasivat kahdeksan Rauman aluesairaalan psykiatrisella vuodeosastolla työskentelevää sairaanhoitajaa toukokuussa 2010. Esitestauksella varmistettiin kysymysten ymmärrettävyys ja kyselylomakkeen sekä saatekirjeen selkeys, joihin ei tullut muutoksia esitestauksen jälkeen.

Lupaa (Liite1) aineiston keruuseen haettiin Rauman terveystieteiden johtavalta yli-lääkäriltä kesäkuun alussa 2010. Lupa aineiston keruuseen saatiin 17.6.2010. Tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyys ei paljastunut kenellekään, koska kyselyyn vas-

tattiin nimettömänä. Kyselylomakkeen mukana oli saatekirje, jossa kerrottiin opinnäytetyön tarkoituksesta, tavoitteista sekä siitä, että asianmukainen tutkimuslupa aineiston keruuseen oli saatu. Saatekirjeen loppuun opinnäytetyöntekijä oli jättänyt yhteystietonsa.

Kyselylomakkeita (Liite 3) yhdessä saatekirjelmän kanssa (Liite 2) toimitettiin Rauman terveyskeskuksen pohjoiseen ja eteläiseen vastaanottoon 55 kappaletta ja Nortamonkadun työterveysasemalle 15 kappaletta. Etukäteen saatu arvio terveyskeskuksen pohjoisen ja eteläisen potilasvastaanottoa pitävien hoitajien määrästä osoittautui virheelliseksi. Sairaanhoidaja, joka määrän kertoi, oli laskenut mukaan myös Lapissa ja Uotilassa toimivat hoitajat. Potilasvastaanottoa pitäviä terveydenhoitajia tai sairaanhoitajia kyselytutkimuksen piiriin kuului terveyskeskuksen pohjoisesta ja eteläisestä vastaanotosta lopulta yhteensä 13.

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat kaikki lääkärit, terveydenhoitajat ja sairaanhoitajat, joilla on potilasvastaanotto Rauman terveyskeskuksen pohjoisessa ja eteläisessä toimipisteessä sekä Nortamonkadun työterveysasemalla. Kaikkiin kolmeen kohteeseen hoitajien kansliaan toimitettiin palautuslaatikot kyselylomakkeita varten. Kusakin vastaanotossa osastonhoitajan kanssa oli sovittu puhelimitse (28.5.2010.), että osastonhoitaja jakaa kyselylomakkeet saatekirjeineen jokaiselle lääkärille, sairaanhoitajalle ja terveydenhoitajalle. Aineistonkeruu tehtiin syyskuun aikana 2010.

7.3 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi

Kyselylomakkeita palautti Rauman terveyskeskuksen pohjoisessa ja eteläisessä potilasvastaanotossa yhteensä viisi sairaanhoitajaa, kaksi terveydenhoitajaa, kaksi lääkäriä ja yksi ”muu terveydenhuollon ammattilainen”. Nortamonkadun työterveysasemalta viisi terveydenhoitajaa palautti kyselylomakkeen täytettynä. Yhden terveydenhoitajan täyttämä kyselylomake tuli postissa opinnäytetyöntekijälle kotiin. Kaikkiaan tutkimukseen otti osaa 16 henkilöä. Vastausprosentti oli 35 %.

Koska tutkimuksen piiriin kuuluivat vain lääkärit, terveydenhoitajat ja sairaanhoitajat, oli yksi tutkimukseen osaa ottanut (”muu terveydenhuollon ammattilainen”) jätettävä pois aineiston analysoinnista. Kaikki kyselylomakkeet oli täytetty asiallisesti.

8 TUTKIMUSTULOKSET

Kyselylomake muodostui kolmesta osiosta, jotka olivat asenteet, tiedot ja mini-intervention toteuttaminen. Taustatiedoissa kysyttiin vastaajan ammattinimikettä. Kyselylomakkeessa oli kolme vastausvaihtoehtoa: 1) samaa mieltä, 2) eri mieltä ja 3) en osaa sanoa.

8.1 Asenteet mini-interventioon

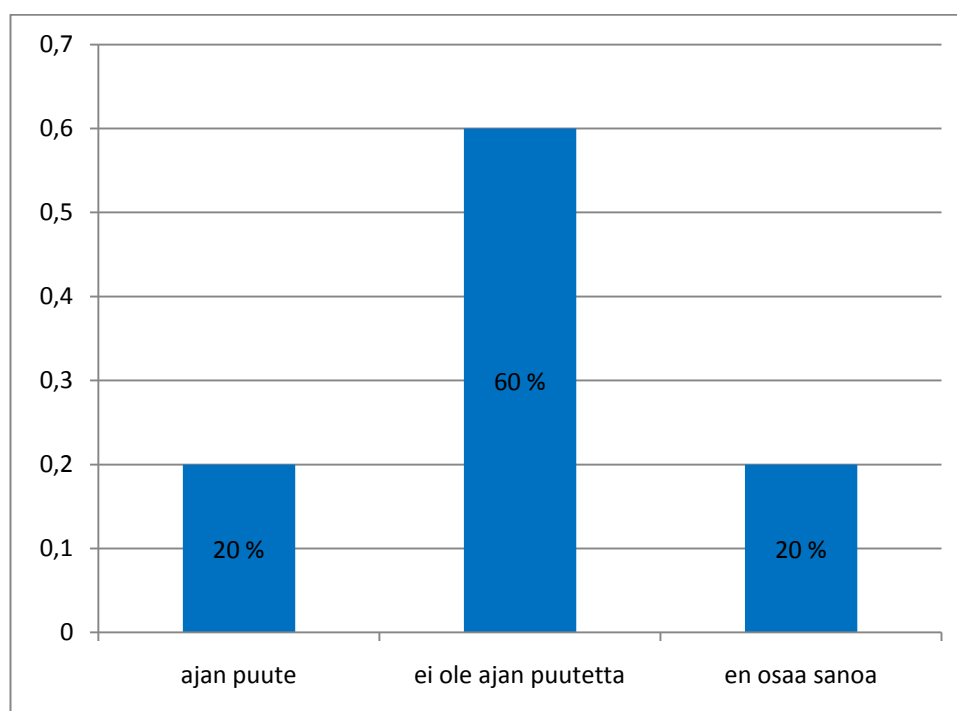
Vastaajista 80 % (12) oli sitä mieltä, että mini-interventiosta on apua potilaalle. Loput 20 % vastaajista valitsi vaihtoehdon ”en osaa sanoa”. Potilaan alkoholikäyttöön puuttumista piti vastaajista vaikeana 20 % (3). Pääosin myönteisiä kokemuksia mini-intervention toteuttamisesta oli 53 %:lla (8) vastaajista ja 40 % (6) ei osannut ilmaista kantaansa.

Vastaajista 80 % (12) uskoi, että mini-interventiolla voidaan vaikuttaa potilaiden alkoholinkäyttöön vähentävästi. Yksi vastaajista oli eri mieltä ja kaksi ei osannut ilmaista kantaansa. Potilaan alkoholinkäyttöön puuttumista 80 % (12) ei pitänyt vastenmielisenä ja 13 % (2) piti sitä vastenmielisenä. Vastaajista 93 % (14) oli sitä mieltä, että alkoholinkäytön puheeksi ottaminen kuuluu toimenkuvaan ja yksi vastaajista oli eri mieltä.

Kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että potilaan alkoholinkäyttöön puuttuminen oli hyödyllistä. Väittämässä yhdeksän pyrittiin selvittämään, kokevatko vastaajat mini-interventioon käytetyn ajan olevan työajan haaskaamista turhaan. Vastaajista 80 % (12) oli sitä mieltä, että mini-interventioon käytetty aika ei ole työajan haaskaamista,

yksi vastaajista piti mini-interventiota ajan haaskaamisena ja kaksi ei osannut ilmaista kantaansa.

Väittämässä 10 pyrittiin selvittämään vastaajien käsityksiä siitä, loukkaako alkoholin käytöstä kysyminen potilaan integriteettiä. Vastaajista 53 % (8) oli sitä mieltä, että se ei loukkaa ja 14 % (2), että se loukkaa. Kyselylomakkeessa kysyttiin vastaajien näkemystä, tietääkö potilas itse kuinka paljon voi juoda. Tähän vastattiin 70 % (10) eri mieltä, vastaajista 20 % (3) oli samaa mieltä ja kaksi ei osannut ilmaista mielipidettään. Myös vastaajien mielipidettä mini-intervention toteuttamisen esteestä ajallisesti haluttiin selvittää. Yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että vastaanotolla on riittävästi aikaa mini-intervention toteuttamiseen (Kuvio 1).

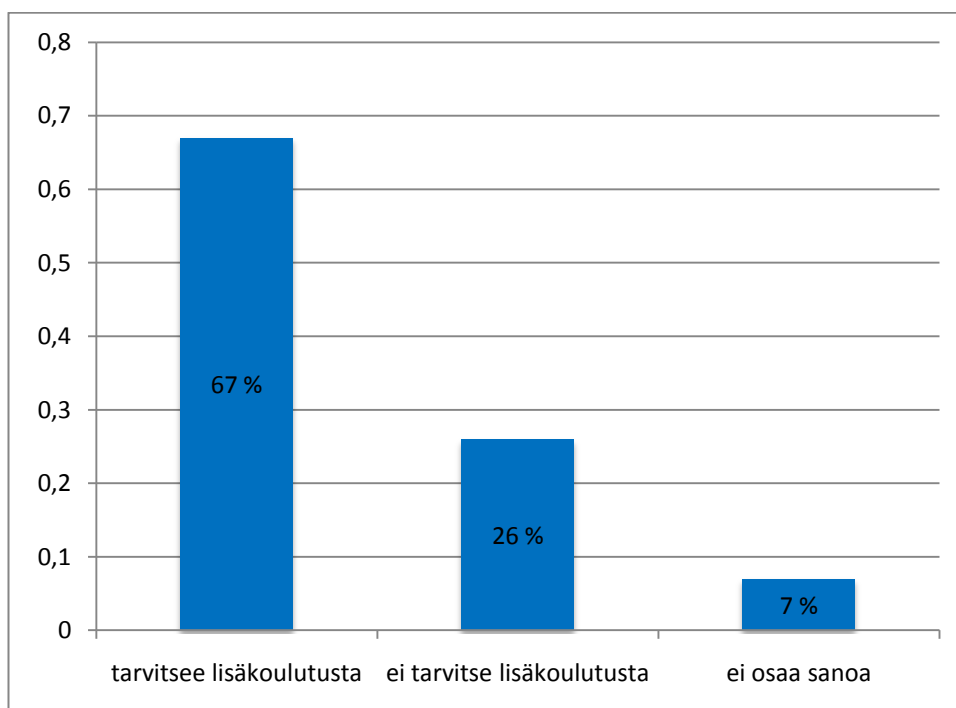


Kuvio 1: Mini-intervention toteuttaminen ajallisesti mahdollista (n=15).

Vastaajien mielipide mini-interventiosta liian työläänä vastaanotolla oli 70 % (10) eri mieltä, vastaajista 20 % (3) oli samaa mieltä ja kaksi ei osannut ilmaista mielipidettään.

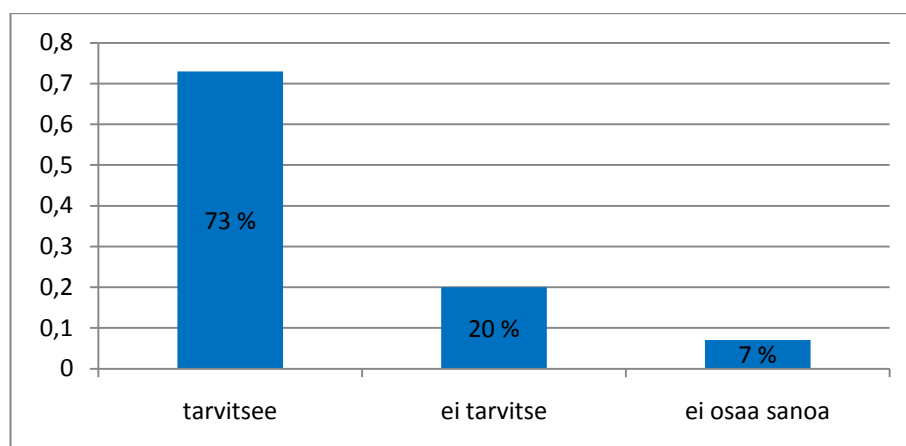
8.2 Tiedot mini-interventiosta

Vastaajista noin puolet (8) oli sitä mieltä, että heillä ei ollut riittävästi tietoa mini-intervention teoriapohjasta. Saman verran vastaajista ilmoitti, että ei ollut saanut peruskoulutuksensa jälkeen koulutusta mini-intervention teoriasta. Lisäkoulutusta mini-intervention teoriapohjasta toivoi saavansa runsaat kaksi kolmasosa vastaajista. Vastaajien toiveet lisäkoulutuksesta (Kuvio 2).



Kuvio 2: Lisäkoulutuksen tarve mini-intervention teoriapohjasta (n=15).

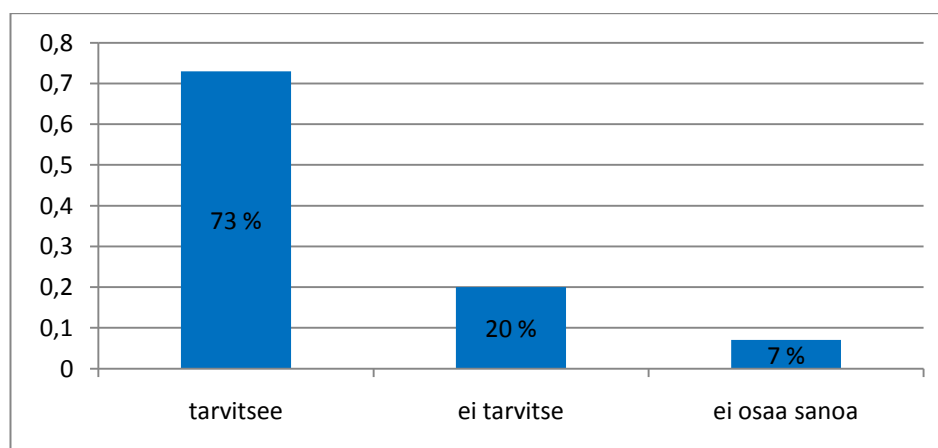
Kyselylomakkeessa tiedusteltiin vastaajien taitoja toteuttaa mini-interventiota vastaanottotilanteissa. Riittävästi taitoja ilmoitti omaavansa 40 % (6) vastaajista, kolmanneksella niitä ei ollut riittävästi ja neljä vastaajista ei osannut ilmaista mielipidettään. Koulutusta, miten mini-interventiota toteutetaan käytännön vastaanottotilanteissa, ilmoitti saaneensa 40 % (6) peruskoulutuksensa jälkeen. Yli puolet vastaajista (8) ei ollut saanut peruskoulutuksensa jälkeen mini-interventiokoulutusta ja yksi vastaajista ei osannut ilmaista kantaansa. Noin kolme neljäsosa vastaajista ilmoitti tarvitsevänsä lisäkoulutusta mini-intervention toteuttamiseen. Vastaajien tarve lisäkoulutukseen (Kuvio 3).



Kuvio 3: Lisäkoulutuksen tarve mini-intervention toteuttamiseen (n=15)

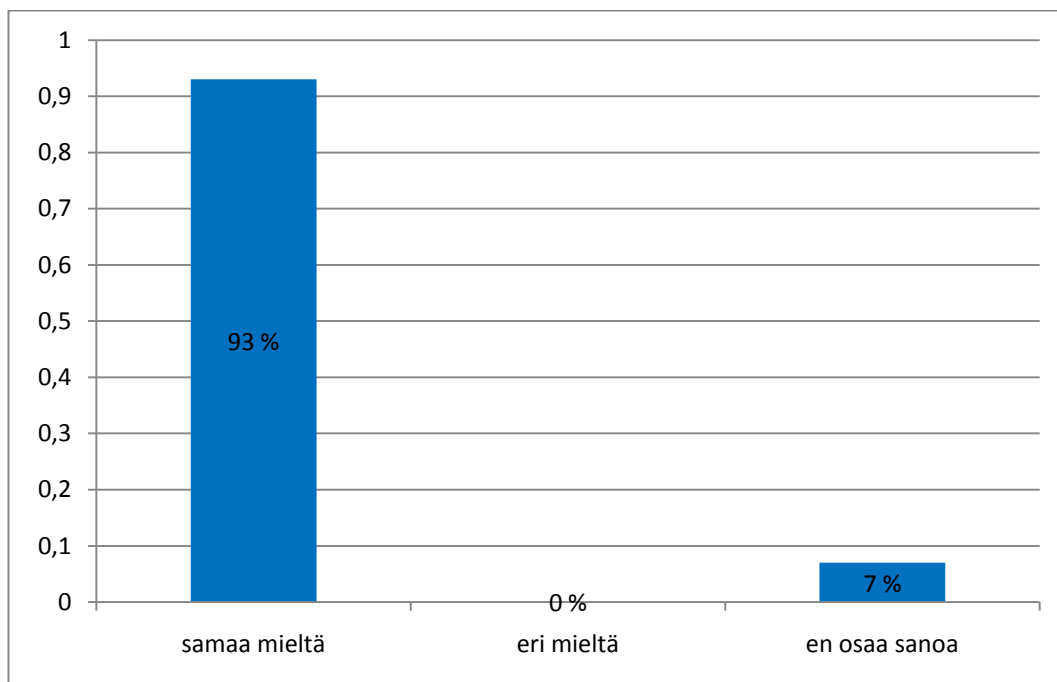
Tutkimuksessa selvitettiin vastaajien tietoa varhaisen puuttumisen teorialiedoista. Vastaajista noin 60 % (9) ilmoitti olevansa selvillä varhaisen puuttumisen teorialiedoista, neljä vastaajista ei ollut ja kaksi ei osannut ilmaista kantaansa. Kaikki vastaajat olivat samaa mieltä siitä, että keskeistä varhaisessa puuttumisessa on uskallus puuttua potilaan alkoholinkäyttöön.

Väittämään 22 ” varhaisessa puuttumisessa olennaista on tunnistaa ajoissa alkoholin riskikäyttäjä” kaikki vastaajat olivat samaa mieltä. Vastaajista 70 % (10) ilmoitti, että ei ole saanut peruskoulutuksensa jälkeen koulutusta varhaisen puuttumisen teoriaperustasta, neljä vastaajista oli saanut koulutusta ja yksi ei osannut ilmaista kantaansa. Vastaajista noin kolme neljäsosa toivoi saavansa lisäkoulutusta varhaisen puuttumisen teoriaperustasta. Toiveet lisäkoulutuksesta varhaisen puuttumisen toteuttamiseen (Kuvio5).



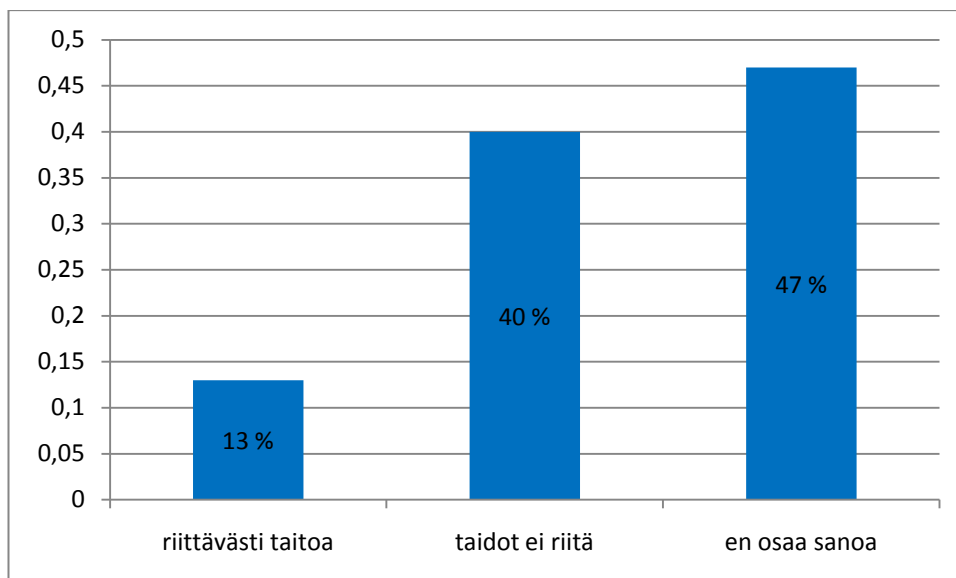
Kuvio 5: Lisäkoulutuksen tarve varhaisesta puuttumisesta (n=15).

Tutkimuksessa mukana olleista noin 74 % (11) ilmoitti tietävänsä, mitä motivoiva haastattelu teoriassa tarkoittaa, yksi vastaajista ei tiennyt ja kolme ei osannut ilmaista kantaansa. Peruskoulutuksensa jälkeistä teoretietoa motivoivan haastattelun toteuttamisesta ilmoitti saaneensa vajaa puolet (7) vastaajista. Samaa mieltä vastaajista oli noin 74 % (11) siitä, että motivoivassa haastattelussa avoimet kysymykset ovat tärkeitä, kuten mikä, miten, milloin, kuka, kenen kanssa. Vastaajista yksi oli eri mieltä ja kolme ei osannut ilmaista kantaansa. Tutkimuksessa haluttiin selvittää myös vastaajien tieto persoonallisuuden ja empaattisuuden merkityksestä motivoivassa haastattelussa. Vastaajista Lähes kaikki (14) olivat sitä mieltä, että ne ovat tärkeitä motivoivassa haastattelussa (Kuvio 6).



Kuvio 6: Motivoinnissa tärkeitä ovat haastattelijan persoonallisuus ja empaattisuus (n=15).

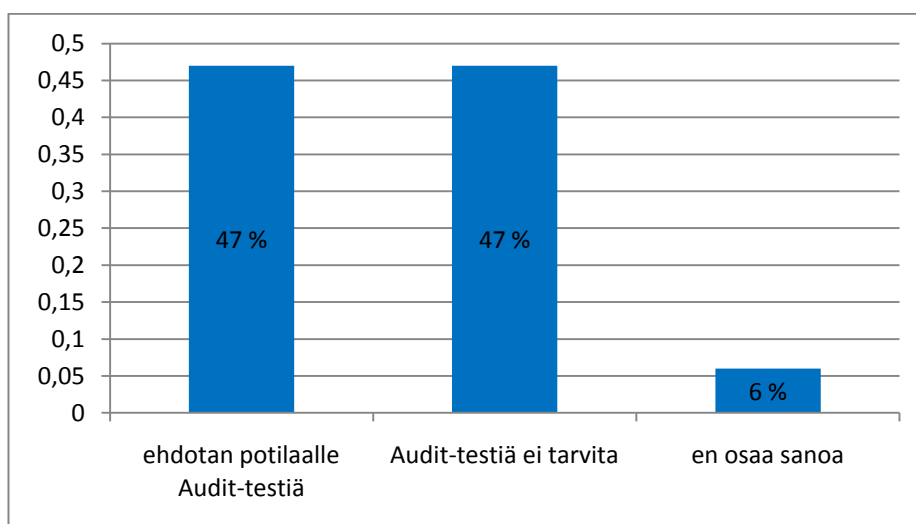
Vastaajista kaikki olivat sitä mieltä, että motivoivan haastattelun tavoitteena on löytää keinoja potilaan alkoholinkäytön vähentämiseksi. Vastaajista noin 80 % (12) ilmoitti tarvitsevansa lisäkoulutusta motivoivan haastattelun toteuttamiseen. Riittävät taidot motivoivan haastattelun toteuttamiseen ilmoitti omaavansa kaksi vastaajista. Vastaajien taidot motivoivan haastattelun toteuttamiseen (Kuvio 7).



Kuvio 7: Taidot motivoivan haastattelun toteuttamiseen (n=15).

8.3 Mini-intervention toteuttaminen

Vastaajista 33 % (5) ilmoitti kysyneensä jokaiselta vastaanotolla käyneeltä potilaalta hänen alkoholinkäytöstään. Vajaa puolet vastaajista (7) ilmoitti kysyvänsä jokaiselta uudelta potilaalta hänen alkoholinkäytöstään. Tutkimukseen osallistuneista 80 % (12) ilmoitti antavansa potilaalle suullisesti tietoa runsaan alkoholinkäytön seurauksista. Kirjallista materiaalia runsaan alkoholinkäytön seurauksista potilaalle ilmoitti antavansa 73 % (11) vastaajista. Alkoholista juovalle potilaalle Audit-testiä ilmoitti ehdottavansa noin puolet vastaajista. Audit-testin toteuttaminen vastaanotolla (Kuvio 8).

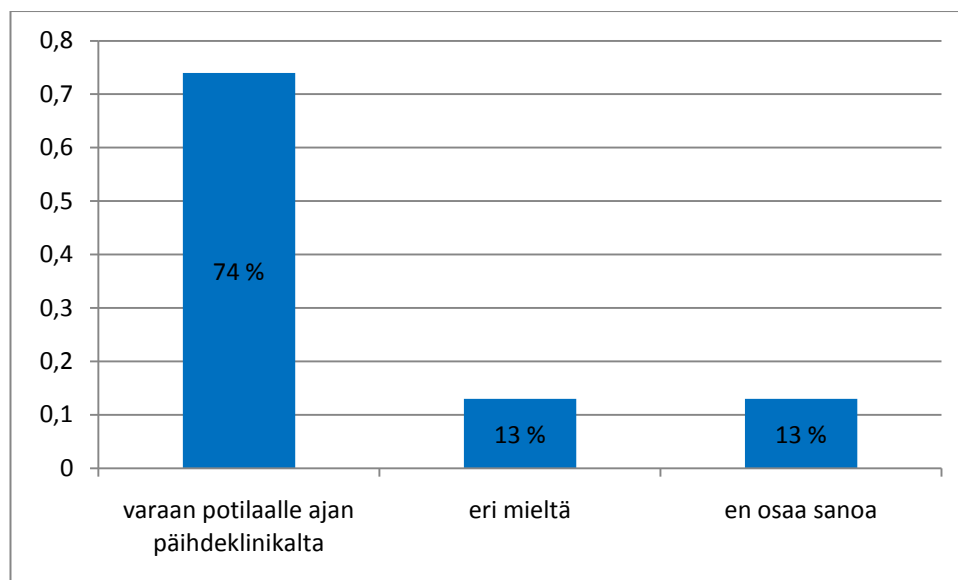


Kuvio 8: Audit-testi alkoholia juovalle potilaalle (n=15).

Tutkimukseen osallistuneista noin 80 % (12) ilmoitti ottavansa asian puheeksi, jos testi osoittaa potilaan juovan runsaasti. Vastaajista yksi oli eri mieltä ja kaksi ei osannut ilmaista kantaansa. Samoin 80 % (12) vastaajista ilmoitti pyrkivänsä selvittämään potilaan omaa halua vähentää juomistaan. Motivoituneen potilaan kanssa yhdessä asettamaa tavoitteita juomisen vähentämiseen olisi halukkaita noin 46 % (7) vastaajista. Sama määrä vastaajista (7) asettaisi tavoitteet niin konkreettisesti, että seuraavalla käynnillä niiden saavuttamista voisi arvioida. Vastaajista kolme oli eri mieltä ja viisi ei osannut ilmaista mielipidettään.

Tutkimukseen osallistuneista kolmannes ilmoitti lähettävänsä potilaan tarvittaessa laboratoriokokeisiin, vajaa puolet (7) oli eri mieltä ja kolme ei osannut ilmaista mielipidettään. Vastaajista noin 40 % (6) varaisi potilaalle uuden ajan laboratoriovastausten kuulemiseen. Mikäli laboratoriovastauksissa näkyisi runsas alkoholinkäyttö, tämän kertoisi potilaalle 80 % (12) vastaajista.

Kaikki vastaajat ehdottaisivat potilaalle ajan varaamista päihdeklinalta, jos potilaan alkoholinkäyttöön ei muu auta. Ajan varaaminen päihdeklinalta (Kuvio 9).



Kuvio 9: Ajan varaus päihdeklinalta potilaan sitä toivoessa(n:15)

Yksi vastaajista oli kirjoittanut kyselylomakkeeseen, että oli yrittänyt ajan varaamista potilaalle pari viikkoa aiemmin, mutta päihdeklinalta oli kerrottu, että asiakkaan tulee hakeutua ensimmäiselle käynnille päivystysaikaan. Aikaa ei siis voitu varata.

Tutkimuksessa haluttiin selvittää myös vastaajien mielipide lääkehoidosta liialliseen alkoholinkäyttöön. Lääkehoitoa potilaalle ehdottaisi noin 14 % (2) vastaajista, vajaa puolet (7) oli eri mieltä ja kuusi ei osannut ilmaista kantaansa. Lääkehoidon vaihtoehtoja potilaalle kertoisi noin 20 % (3) vastaajista, runsaat puolet oli eri mieltä ja kolme ei osannut ilmaista kantaansa.

Kyselykaavakkeessa kysyttiin laitoshoidon mahdollisuudesta potilaalle, jos tavanomaiset hoidot eivät tehoa. Vastaajista runsaat puolet (8) ilmoitti kysyvänsä potilaan halukkuutta laitoshoitoon, kolmannes oli eri mieltä ja kaksi ei osannut ilmaista kantaansa. Lähetteen potilaalle laitoshoidon varten tekisi noin 14 % (2) vastaajista, eri mieltä oli noin 73 % (11) ja kaksi ei osannut ilmaista mielipidettään. AA-toiminnasta potilaalle ilmoitti kertovansa suullisesti noin 40 % (6) vastaajista, neljä oli eri mieltä ja viisi ei osannut ilmaista kantaansa. Kirjallista materiaalia AA-toiminnasta ilmoitti antavansa potilaalle kaksi vastaajista, noin 70 % (10) oli eri mieltä ja kolme ei osannut ilmaista kantaansa.

9 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Rauman terveyskeskuksen potilasvastaanottoa pitävien lääkärin, terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien tietämystä mini-interventiosta ja toteuttavatko he sitä työssään. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa sellaista tietoa terveyskeskukselle, josta on hyötyä suunniteltaessa täydennyskoulutusta ja/tai ohjeistettaessa työntekijöitä mini-intervention käyttöön.

9.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Ensimmäisenä tutkimusongelmana oli selvittää, mitä Rauman terveyskeskuksessa työskentelevät lääkärit, terveydenhoitajat ja sairaanhoitajat tietävät mini-interventiosta. Tutkimukseen osaa ottaneista 73 % (11) ilmoitti tarvitsevänsä lisäkoulutusta mini-intervention toteuttamiseen. Sama määrä vastaajista ilmoitti tietävänsä,

mitä motivoiva haastattelu teoriassa tarkoittaa. Riittävästi taitoa motivoivan haastattelun toteuttamiseen oli vain 26 %:lla (4) vastaajista. Tutkimukseen osaa ottaneet tuntuivat tietävän melko hyvin varhaisen puuttumisen käsitteenä, mutta sen teoriatieto on vähäistä. Tutkimustulokset ovat tältä osin yhdensuuntaiset Hietasaaren (2009) tutkimustulosten kanssa. Hietasaari tutki mini-interventio-koulutusten vaikuttavuutta sen toteuttamiseen. Hietasaari totesi, että mini-interventiotietämys oli heikkoa ennen koulutusta. Myös Jäntin ja Ollikaisen (2009) tutkimus tukee tämän tutkimuksen tuloksia mini-interventiotietämyksen osalta. Jäntin ja Ollikaisen tutkimuksessa mukana olleiden sairaanhoitajien toiveena oli saada koulutusta miten ja milloin mini-interventiota tulisi toteuttaa.

Toisena tutkimusongelmana oli selvittää, toteuttavatko Rauman terveyskeskuksessa työskentelevät lääkärit, terveydenhoitajat ja sairaanhoitajat mini-interventiota. Tutkimuksessa mukana olleista 47 % (7) kertoi kysyvänsä jokaiselta uudelta potilaalta hänen alkoholinkäytöstään. Alkoholinkäytöstä kysymiseen vaikuttanee se, miksi potilas on tullut vastaanotolle. Tutkimustuloksia tukee Havion ym. (2008) selvitys, jonka mukaan mini-interventiota ei vielä osata mieltää terveysneuvonnaksi tai terveydenedistämiseksi. Lisäksi asenteet päihteiden käyttöä kohtaan ja perustutkinnossa omaksutut käsitykset ovat vaikuttamassa päihdetyön tekemiseen. Havion mukaan mini-intervention keskeisintä kohderyhmää ei vielä ole mielletty oikein. Tässä ryhmässä alkoholin riskikäyttö saadaan selville vain kysymällä, koska päihteiden käytön lisääntymistä ei voida tunnistaa asiakkaan ulkoisista tekijöistä.

Tässä tutkimuksessa mukana olleista vain pieni osa koki potilaan alkoholinkäyttöön puuttumisen vaikeaksi. Tästä voisi päätellä, että jos potilaan alkoholinkäyttöön puuttuminen ei ole ongelmallista ja asia on terveydenedistämistä tai terveysneuvontaa, voisi mini-interventiota toteuttaa laajemmin kuin nykyään. Tältä osin tämän tutkimuksen tuloksia tukee kaikille Suomen perusterveydenhuollon lääkäreille (2002) suunnattu kyselytutkimus, jossa selvitettiin mini-intervention toteuttamista. Tällöin lääkäreistä yhdeksän prosenttia toteutti mini-interventiota säännöllisesti, 50 % silloin tällöin ja 41 % ei lainkaan. Syynä vähäiseen mini-intervention toteuttamiseen oli kohderyhmän epäselvyys, koulutuksen puute, luuloa että omat taidot eivät riitä ja selvien ohjeiden puute.

Kolmantena tutkimusongelmana oli selvittää, tarvitsevatko lääkärit, sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat omasta mielestään mini-intervention toteuttamiseen liittyvää täydennyskoulutusta. Kyselytutkimuksen mukaan mini-intervention toteuttamiseen liittyvää täydennyskoulutusta tarvitsisi yli puolet tutkimukseen osaa ottaneista. Täydennyskoulutustarvetta näyttäisi tukevan sekin, että potilaan alkoholinkäyttöön puuttumista ei koeta vaikeaksi ja aikaa mini-intervention toteuttamiseen vastaanotolla tuntuisi olevan, mutta toteuttaminen käytännössä on vähäistä. Tutkimustuloksia tukee Jäntin ja Ollikaisen (2009) tutkimus. Jäntti ja Ollikainen kertoivat sairaanhoitajien toivovan koulutusta mini-intervention toteuttamiseen. Heidän tutkimuksensa mukaan sairaanhoitajat kokivat alkoholinkäytön varhaisen tunnistamisen vaikeana ja toivoivat selkeitä ohjeita miten ja milloin mini-interventiota tulisi toteuttaa. Hietasaaren (2009) tutkimus niin ikään tukee tämän tutkimuksen tuloksia. Hietasaari toteaa tutkimuksessaan, että mini-interventio-koulutus lisää sen käyttöä. Ennen koulutusta asenteet, kiire sekä tarvittavat tiedot ja taidot olivat esteenä mini-intervention toteuttamiseen. Tämän tutkimuksen mukaan mini-intervention laajemmalle toteuttamiselle on esteenä tarvittavien tietojen ja taitojen puute.

9.2 Tutkimuksen luotettavuus

Luotettavuus on tärkeä asia kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Tutkimuksessa pyritään välttämään virheiden syntymistä, mutta silti tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Tämän vuoksi kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää monia erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. (Hirsjärvi ym. 2010, 231.)

Tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa mittatulosten toistettavuutta. Mittauksen tai tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa sen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Esimerkiksi, jos kaksi arvioijaa päätyy samanlaiseen tulokseen, voidaan tulosta pitää reliaabelina tai, jos samaa henkilöä tutkitaan eri tutkimuskerroilla ja saadaan sama tulos, voidaan jälleen todeta tulokset reliaabeleiksi. Kvantitatiivisissa tutkimuksissa on kehitelty erilaisia tilastollisia menettelytapoja, joiden avulla voidaan arvioida mitareiden luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2010, 231.)

Validiteetti tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Mittarit ja menetelmät eivät aina vastaa sitä todellisuutta, jota tutkija kuvittelee tutkivansa. Esimerkiksi kyselylomakkeiden kysymyksiin saadaan vastaukset, mutta vastaajat ovat saattaneet käsittää monet kysymykset toisin kuin tutkija on ajatellut. Jos tutkija käsittelee saatuja tuloksia edelleen alkuperäisen oman ajattelumallinsa mukaisesti, ei tuloksia voida pitää tosina ja pätevinä. Mittari siis aiheuttaa tuloksiin virheitä. (Hirsjärvi ym. 2010, 231–232.)

Hyvän ja luotettavan mittarin kehittelyprosessi on pitkä. Siihen sisältyy opiskelijajäsentävien, ohjaavan opettajan ja esitestaajien ehdotukset ja mittariin tehtävät korjaukset. Ensimmäiseen omaan mittari-ideaan tulee suhtautua kriittisesti ja sitä pitää kehittää. Mittari pitää esitestata ennen varsinaista käyttöä. (Metsämuuronen 2005, 59.) Tässä tutkimuksessa mittaria kehitettiin ohjaavan opettajan ehdotusten mukaan. Kyselylomake esitestattiin. Esitestaukseen osallistui kahdeksan sairaanhoitajaa Rauman alue-sairaalan psykiatriselta osastolta. Kaksi sairaanhoitajaa oli sitä mieltä, että kyselylomakkeessa on liikaa väittämiä. Ohjaavan opettajan kanssa tulimme siihen tulokseen, että väittämiä pitää olla kyselytutkimuksessa runsaasti, joten kyselylomakkeeseen ei tehty muutoksia.

Ongelmallista on, jos tutkijalla on hyvin voimakas ennakko-oletus tutkimustuloksista. Mikään aineisto ei saa tutkijan päätä käännettyä, mikäli tutkija itsepintaisesti pitää käsityksensä alkuperäisestä oletuksestaan. Tutkijan subjektiiviset ennakkokäsitykset eivät saa muuttaa aineistoa, jota hän on analysoimassa. (Metsämuuronen 2008, 47.) Tätä tutkimusta tehtäessä vältyttiin ennakko-oletuksilta ja -asenteilta, koska vastaavaa tutkimusta ei aikaisemmin ole tehty. Tutkimuksen tekijällä ei myöskään ollut oletuksia tutkimustuloksiin sen takia, että hän on toiselta paikkakunnalta ja tutkimusjoukko hänelle täysin vieras.

Määrällisessä tutkimuksessa tutkimusaineiston kerääminen, tutkimusaineiston käsittely sekä analysointi ja tulkinta ovat erillisiä vaiheita. Aineiston käsittely alkaa, kun kyselyllä, haastattelulla tai havainnoinnilla kerätty aineisto on saatu koottua. Aineiston käsittely tarkoittaa, että lomakkeilla saatu aineisto tarkistetaan, tiedot syötetään ja tallennetaan sellaiseen muotoon tietokoneelle, että sitä voidaan tutkia numeraalisesti käyttäen apuna taulukko- tai tilasto-ohjelmia. Tutkija voi tarkistaa täytettyjä lomak-

keita niiden palautumistahdissa tai vasta, kun määräaika on umpeutunut. Hän tarkistaa lomakkeiden tiedot ja arvioi vastausten laadun sekä poistaa heti asiattomasti täytetyt lomakkeet. Tämän jälkeen tutkija käy jäljellä olevat lomakkeet kysymys kysymykseltä läpi ja arvioi puuttuvat tiedot ja virheet. (Vilka 2007, 106.) Tähän tutkimukseen tarvittava aineisto kerättiin kyselylomakkeilla syyskuussa 2010. Aineiston käsittely aloitettiin tarkistamalla kaikki lomakkeet. Kaikki lomakkeet olivat asiallisesti täytetyt. Yksi lomake jouduttiin jättämään pois aineistoa analysoitaessa, koska vastaajan ammattinimike oli ”muu terveydenhuollon ammattilainen”. Tarkastetut lomakkeet numeroitiin ammattinimikkeiden mukaan. Lomakkeista saatu tieto syötettiin ja tallennettiin tietokoneelle muotoon, josta sitä voi tarkastella numeraalisesti taulukko-ohjelmalla.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa on otettava huomioon kyselytutkimukseen liittyvät heikkoudet. Tavallisesti aineistoa pidetään pinnallisena ja tutkimuksia teoreettisesti vaatimattomina. Tutkijalla ei ole mahdollisuutta varmistua siitä, että vastaajat ovat suhtautuneet tutkimukseen vakavasti ja rehellisesti. Ei ole myöskään selvää, miten onnistuneita annetut vastausvaihtoehdot ovat olleet vastaajien näkökulmasta. Väärinymmärryksiä on vaikea kontrolloida. Ei tiedetä, miten vastaajat yli päänsä ovat selvillä siitä alueesta tai ovat perehtyneet siihen asiaan, josta esitettiin kysymyksiä. Kyselytutkimuksen heikkoutena pidetään myös katoa eli vastaamattomuutta. Tutkimuksen luotettavuutta lisää korkea vastausprosentti. (Hirsjärvi ym. 2010, 184.) Tämän tutkimuksen kohdejoukkona olivat potilasvastaanottoa pitävät lääkärit, terveydenhoitajat ja sairaanhoitajat. On uskottavaa, että kohdejoukon kiinnostus tutkimuksen aiheeseen olisi aitoa. Potilasvastaanottoa pitävien täytyy olla tietoisia alueesta ja aiheesta, jota kyselytutkimus koski. Tässä tutkimuksessa vastausprosentti oli 35 %. Tutkimuksen luotettavuuden ei kuitenkaan uskoisi tässä tapauksessa kärsivän alhaisesta vastausprosentista, sillä kyselyyn vastaajat olivat ammattilaisia ja aihe ennestään tuttu. Vastaavissa kyselytutkimuksissa ongelmana on usein kato eli vastaamattomuus. Ajankohta kyselytutkimukseen saattoi olla huono, sillä kohdejoukko oli hiljattain palannut kesälomalta, joka saattoi lisätä kiirettä työssä ja aikaa vastaamiseen ei ollut.

9.3 Tutkimuksen eettiset näkökulmat

Tutkimuksen tekoon liittyy monia eettisiä kysymyksiä. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että tutkimus tehdään hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Erilaiset lait ja säädökset ohjaavat, miten tutkimusta tehdään eettisesti oikein. Tutkijan tulee aina pyrkiä saamaan luotettavia tuloksia tutkimuksesta, lisäksi tutkijan on säilytettävä luottamus tutkimukseen osallistuvien kanssa. (Hirsjärvi ym. 2010, 23–25.)

Tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu. Tutkimuskohteen tai-ongelman valinnassa kysytään, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. Tässä yhteydessä ongelmiksi koetaan seuraavat kysymykset: tulisiko valita vai erityisesti välttää muodinmukaisia aiheita; valitaanko aihe, joka on helposti toteutettavissa, mutta joka ei ole merkitykseltään erityisen tärkeä; miten ylipäänsä tulisi ottaa huomioon aiheen yhteiskunnallinen merkittävyys. (Hirsjärvi ym. 2010, 26). Tätä tutkimusta oli toivottu Rauman terveysvirastosta. Asiaa pidettiin tärkeänä ja ajankoh- taisena suunniteltaessa mini-interventiokoulutusta Rauman terveystieteiden keskuksessa potilasvastaanottoa pitävillä lääkäreillä, terveydenhoitajilla ja sairaanhoitajilla. Tutkimuksen tekijälle aihe oli kiinnostava. Kiinnostavuutta lisäsi se, että aikaisempaa vastaavaa tutkimusta ei ole ja tutkimustuloksia voidaan hyödyntää Rauman terveystieteiden keskuksessa.

Keskeistä tutkimusaineiston keräämisessä ja analysoinnissa on säilyttää tutkittavien anonymiteetti. Tutkimustietoja ei saa luovuttaa prosessin ulkopuolisille eikä tutkimukseen osallistuneista tulisi tunnistaa yksittäistä vastaajaa. Aineisto olisi säilytettävä lukitussa paikassa suojattuna ulkopuolisilta.(Kankkunen ym. 2009, 117–119.) Tässä tutkimuksessa mukana olleiden anonymiteetti säilyi. Kukaan ulkopuolinen ei nähnyt kyselylomakkeita. Koko tutkimuksenteon aikana kyselylomakkeita säilytettiin lukitussa kaapissa ja tutkimuksen valmistuessa ne hävitettiin asianmukaisesti polttamalla.

Tutkimuseettisestä näkökulmasta tutkimuksen tekemisessä korostuu ennen kaikkea tutkimuksen huolellinen suunnittelu. Siitä huolimatta määrällisessä tutkimuksessa voi tapahtua virheitä. Nämä virheet saattavat johtaa laajassa merkityksessä siihen, että tutkimuksen tuottama tieto katsotaan yleisesti eettisesti ongelmalliseksi. Vääriin

tai puutteellisiin lähde- tai tutkimustietoihin turvautuminen voi johtaa merkittäviin haittoihin. Esimerkiksi terveyttä koskevissa tutkimuksissa virheellinen tutkimus tai lähdetieto voi johtaa henkilön sairastumiseen tai jopa kuolemaan. Näin ollen ei ole yhdentekevää, miten tutkimusta tehdään ja millaisia mittausvirheitä tai lähdetietoa koskevia virheitä tutkimukseen sisältyy. (Vilkkä 2007, 100.) Tämän tutkimuksen teossa otettiin huomioon huolellisuus ja suunnitelmallisuus. Tutkimuksen tekijällä oli aikaa koota runsaasti teorial tietoa aiheesta. Kaikki alkoholinkäyttöön liittyvä tieto kiinnosti tutkimuksen tekijää. Tutkimuksen edetessä valmiiksi kirjoitettua aineistoa oli helppo lajitella, koota yhteen ja tarkistaa virheet.

Eettisesti tärkeää tutkimustyössä on epärehellisuuden välttäminen kaikissa osavaiheissa. Esimerkiksi toisten tekstiä ei pidä plagioida. Tämä tarkoittaa, että jokaisella on tuottamaansa tekstiin nähden copyright-oikeus, joka merkitsee sitä, että tekstiä lainattaessa lainaus on osoitettava asianmukaisin lähdemerkinnöin. Myöskään toisten tekijöiden osuutta ei pidä vähätellä. Julkaisussa on mainittava tutkimusryhmän jäsenet eikä yhteistyön tuloksena syntyneitä julkaisuja saa julkaista omalla nimellä. Tutkijan tulee muistaa, että itseään tai omia julkaisujaan ei saa plagioida. Tähän mennessä jos tutkija tuottaa näennäisesti uutta tutkimusta muuttamalla vain pieniä osia tutkimuksestaan. Tutkijan ei myöskään pitäisi yleistää tuloksia kritiikittömästi. Tuloksia ei sepitetä tai kaunistella vaan pohditaan, kenen saaduista tuloksista on kyse. Tutkimustuloksia raportoitaessa tutkijan pitää muistaa, että raportointi ei saa olla harhaanjohtavaa tai puutteellista. Esimerkiksi käytetyt menetelmät on selostettava huolellisesti ja tutkijan ei pidä kiitellä ketään harhaanjohtavasti. (Hirsjärvi ym. 2010, 27–28.) Tämän tutkimuksen teossa pyrittiin siihen, että kaikki kirjoitettu teksti on omaa tuotosta ja kaikki lainaukset osoitetaan asianmukaisin lähdemerkinnöin. Tutkimustuloksia pyrittiin tässä tutkimuksessa tuomaan esille niin, että ne eivät olisi yleistettävissä johonkin tiettyyn suuntaan. Tutkimuksen raportoinnissa noudatettiin myös rehellisyyttä. Kaikki oleellinen pyrittiin kertomaan huolellisesti ja mitään ei jätetty tahallisesti pois.

Tutkimukseen hankittiin asianmukainen lupa Rauman terveyskeskuksen johtavalta ylilääkäriltä (Liite1). Kyselylomakkeet täytettiin nimettömänä ja palautettiin suljettuun vastauslaatikkoon. Yksi täytetty kyselylomake tuli postissa opinnäytetyön tekijälle kotiin. Tämän tutkimuksen saatekirjeessä (Liite 2.) oli kerrottu osallistumisen

vapaaehtoisuudesta ja mahdollisuudesta ottaa yhteyttä tutkimuksen tekijään. Kaikki tiedot käsiteltiin luottamuksellisesti. Tutkimustuloksia käytettiin vain tässä tutkimuksessa, jonka jälkeen ne poltettiin.

9.4 Jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyö oli mielenkiintoinen ja haastava. Mielenkiintoiseksi tutkimuksen teki se, että aiempaa samanlaista kyselytutkimusta Raumalla ei ole tehty. Haasteellista oli opinnäytetyön tavoite eli toimittaa tutkittua tietoa Rauman terveyskeskukselle suunniteltaessa täydennyskoulutusta ja/tai ohjeistettaessa työntekijöitä mini-intervention käyttöön. Opinnäytetyöntekijä toivoo, että saaduista tuloksista olisi hyötyä terveyskeskukselle. Jatkotutkimushaasteena olisi mielenkiintoista selvittää tarkasti, millaista koulutusta mini-interventioista toivotaan; teoriakoulutusta vai käytännön harjoituksia. Koulutuksen jälkeen olisi aiheellista selvittää, lisääntykö mini-intervention toteuttaminen vastaanotoilla.

LÄHTEET

Aalto, M. 2001. Prevalence and brief intervention of heavy drinkers in primary health care: Lahti project study. Tampere University Press. TUP.

Dahl, P. & Hirschovits, T. 2002. Tästä on kyse - Tietoa päihteistä. 4. uudistettu painos. Helsinki: Hakapaino Oy.

Havio, M. & Inkinen, M. & Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Heljälä, L., Jurvansuu, H., Kuokkanen, M. 2006. Alkoholin riskikäyttäjien mini-interventio työterveyshuollossa. Helsinki: Työterveyslaitos

Hietasaari, S. 2009. Mini-interventio-koulutusten vaikuttavuus. Opinnäytetyö. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu. Seinäjoki.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, Agge, E. 2008. Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Suomen Graafiset palvelut Oy.

Inkinen, M., Partanen, A & Sutinen, T. 2006. Päihdehoitotyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Jäntti, M., Ollikainen, P. 2009. Aikuisväestön alkoholinkäytön varhainen tunnistaminen ja mini-interventio perusterveydenhuollossa sairaanhoitajan työssä. Opinnäytetyö. Savonia-ammattikorkeakoulu. Kuopio.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSO pro Oy.

Käypä hoito. 2010. Alkoholiongelmaisen hoito. Suomalaisen lääkäriseura Duodecim. Käyvän hoidon potilasversiot. [Viitattu: 14.10. 2010.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/>

Lappalainen-Lehto, R., Romu, M-L., Taskinen, M. 2007. Haasteena päihteet. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.

Lepistö, J., von der Pahlen B. & Marttunen, M. 2007. Nuorten päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Kansanterveyslehti 3, 8-9.

Metsämuuronen, J. 2005. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteessä. Helsinki: International Methelp Ky.

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: International Methelp Ky.

Seppä, K. 2003. Alkoholiongelman varhaistoteaminen. Teoksessa: Salaspuro, Mikko; Kiianmaa, Kalervo & Seppä, Kaija. Päihdelääketiede. Helsinki: Duodecim.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Teoriasta toimivaksi käytännöksi [verkkodokumentti]. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:10. Saatavissa: http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1059383#fi

Stakes 2006. Päihdetilastollinen vuosikirja 2006. Alkoholi ja huumeet. Vaajakoski. Gummerus Oy.

Vilkkä, H. 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Tammi.

Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Alkoholiohjelma 2008-2011. [Viitattu 12.10.2009] Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/.../111-alkoholinkaytto-suomessa>.

Matias Soininen

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

XXXX

XXXXX

XXXXX

matias.soininen@student.samk.fi

Rauman terveyskeskus

Johtava ylilääkäri Pekka Jaatinen

Steniuksenkatu 2, 26100 Rauma

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Opiskelen sairaanhoitajaksi Satakunnan ammattikorkeakoulun Rauman toimipisteessä. Opintoihini kuuluu 15 opintopisteen laajuinen opinnäytetyö. Opinnäytetyöni aiheena on: Tiedot mini-interventiosta ja sen käyttö Rauman terveyskeskuksen potilasvastaanotoilla. Tutkimussuunnitelmani mukaan opinnäytetyön aineisto kerätään kyselylomakkeella noin 70 lääkäriltä, terveydenhoitajalta ja sairaanhoitajalta, jotka työskentelevät Rauman terveyskeskuksessa ja, joilla työssään on mahdollisuus toteuttaa mini-interventiota. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa sellaista tietoa terveyskeskukselle, josta on hyötyä suunniteltaessa täydennyskoulutusta ja/tai ohjeistettaessa työntekijöitä mini-intervention käyttöön.

Pyydän lupaa kerätä tutkimusaineiston Rauman pohjoisessa ja eteläisessä aluevastaanotossa sekä Nortamonkadun työterveyshuollossa työskenteleviltä lääkäreiltä, sairaanhoitajilta ja terveydenhoitajilta. Aineisto on tarkoitus kerätä syyskuussa 2010. Opinnäytetyö olisi valmiina raportoitavaksi ja luovutettavaksi terveyskeskukseen vuoden 2010 lopulla.

Opinnäytetyön ohjaa TtT, lehtori Ritva Pirilä. (puh. 040 5305066, 6203557).



RAUMAN TERVEYSKESKUS

PÄÄTÖS OPINNÄYTETYÖ-/TUTKIMUSLUPAHAKEMUKSEEN

OPINNÄYTETYÖ/TUTKIMUS

Nimi
Tiedot mini-interventiosta ja sen käyttö Rauman terveyskeskuksen potilasvastaanoitoilla
Tekijä
Matias Soininen

PÄÄTÖS

<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään seuraavin ehdoin - Tutkija sitoutuu tietojen käsittelyssä ja suojaamisessa noudattamaan henkilötietolain määräyksiä. - Tutkimuksessa mahdollisesti syntyvät yksittäisten henkilöiden tietoja koskevat tutkimusrekisterit hävitetään tai arkistoidaan henkilötietolaissa edellytetyllä tavalla. - Tutkimusraportista ei ole yksilöitävissä tutkimuksen piiriin tai otantaan kuulunutta henkilöä. - Mahdollisesti tarvittaessa suostumusasiakirjassa tulee ilmetä ao. henkilön lupa käyttää häntä koskevia tietoja, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja henkilöiden mahdollisuus keskeyttää osallistuminen tutkimukseen heti niin halutessaan <input type="checkbox"/> Muut ehdot	<input type="checkbox"/> Tutkimuslupaa ei myönnetä Perustelut	<input type="checkbox"/> Perustelut liitteenä
--	--	---

Päätäjä	Allekirjoitus
Johtava ylilääkäri	
Päiväys	
Raumalla	17.6.2010

LIITTEET

Opinnäytetyö/tutkimuslupahakemus ja siihen liittyvät asiakirjat

PÄÄTÖKSEN JAKELU

1. Hakija	Päiväys 17.6.2010	<input checked="" type="checkbox"/> Lähetetty	<input type="checkbox"/> Luovutettu
2. Yhteyshenkilö tutkimusorganisaatiossa	Piivi Hactlin		
3. Päätöspöytäkirjan kopio ja alkuperäiskappale opinnäytetyö-/tutkimuslupahakemuksesta hallintoon			

ARVOISA VASTAAJA

Olen sairaanhoidonopiskelija Satakunnan ammattikorkeakoulun Rauman toimipisteestä. Teen opinnäytetyötä, jonka aihe on: Tiedot mini-interventiosta ja sen käyttö Rauman terveyskeskuksen potilasvastaanotoilla.

Opinnäytetyöni tavoitteena on selvittää Rauman terveyskeskuksessa työskentelevien lääkäreiden, sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien tietoja mini-interventiosta ja sen käytöstä.

Pyydän teitä ystävällisesti vastaamaan ohessa olevaan kyselylomakkeeseen. Vastaminen on vapaaehtoista ja kyselylomakkeeseen vastataan nimettömänä, joten kenenkään vastaajan henkilöllisyys ei tule kenenkään tietoon. Tutkimusaineistoa tulen käsittelemään luottamuksellisesti ja se hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua. Luvan aineiston keruuseen olen saanut johtavalta ylilääkäriltä.

Olkaa hyvä ja palauttakaa kyselylomake vastaamisen jälkeen hoitajien kansliassa olevaan, vastauksia varten tehtyyn laatikkoon 30.9.2010 mennessä.

Mikäli Teillä on jotain kysyttävää opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni kysymyksiinne alla olevan sähköpostiosoitteen kautta.

Yhteistyöstä jo etukäteen kiittäen

Matias Soininen

xxxxxx

xxxx

sähköposti: xxxxx

Tiedot mini-interventiosta ja sen käyttö Rauman terveyskes- kuksen potilasvastaanotoilla

Olkaa hyvä ja vastatkaa alla oleviin kysymyksiin ympyröimällä oikea vastausvaihto-
ehto!

TAUSTATIEDOT

1. Ammattinne

1 Lääkäri

2 Sairaanhoitaja

3 Terveystenhoitaja

ASTEIKKO= 1= samaa mieltä

2= eri mieltä

3= en osaa sanoa

A. ASENTEET

2. Uskon, että mini-interventiosta on apua potilaalle. 1 2 3

3. Kokemukseni mini-intervention toteuttamisesta ovat
pääosin myönteiset. 1 2 3

4. En usko, että mini-interventiolla voidaan vaikuttaa potilaiden
alkoholinkäyttöä vähentävästi. 1 2 3

5. Potilaan alkoholinkäyttöön puuttuminen on minusta vaikeaa. 1 2 3

6. Potilaan alkoholinkäyttöön puuttuminen on
minusta vastenmielistä. 1 2 3

7. Potilaan alkoholinkäyttöön puuttuminen ei mielestäni
kuulu toimenkuvaani. 1 2 3

8. Potilaan alkoholinkäyttöön puuttuminen on hyödytöntä.	1	2	3
9. Mini-interventio on turhaa ajan haaskaamista, koska potilas ei kerro totuutta käyttämistään alkoholimääristä.	1	2	3
10. Potilaan alkoholinkäyttöön puuttuminen loukkaa hänen integriteettiään.	1	2	3
11. Potilas itse tietää, kuinka paljon voi juoda.	1	2	3
12. Vastaanotolla ei ole aikaa toteuttaa mini-interventioita.	1	2	3
13. Mini-intervention toteuttaminen on aivan liian työlästä.	1	2	3

B. TIEDOT

ASTEIKKO= 1= Samaa mieltä
 2= Eri mieltä
 3= En osaa sanoa

14. Minulla on riittävästi tietoa mini-intervention teoriapohjasta.	1	2	3
15. Olen saanut peruskoulutukseni jälkeen koulutusta mini-intervention teoriasta.	1	2	3
16. Tarvitsisin lisäkoulutusta mini-intervention teoriapohjasta.	1	2	3
17. Minulla on riittävästi taitoa toteuttaa mini-interventiota vastaanottotilanteissa.	1	2	3
18. Olen saanut peruskoulutukseni jälkeen koulutusta, miten mini-interventiota toteutetaan käytännön vastaanottotilanteissa.	1	2	3
19. Tarvitsisin lisäkoulutusta, miten käytännössä toteuttaa mini-interventiota.	1	2	3
20. Olen selvillä varhaisen puuttumisen teorialietoista.	1	2	3

21. Keskeistä varhaisessa puuttumisessa on uskallus puuttua potilaan alkoholinkäyttöön.	1	2	3
22. Varhaisessa puuttumisessa olennaista on tunnistaa ajoissa alkoholin riskikäyttäjä.	1	2	3
23. Olen saanut peruskoulutukseni jälkeen koulutusta varhaisen puuttumisen teoriaperustasta.	1	2	3
24. Tarvitsisin lisäkoulutusta, miten käytännön vastaanottotilanteissa varhaista puuttumista toteutetaan.	1	2	3
25. Tiedän, mitä motivoiva haastattelu teoriassa tarkoittaa.	1	2	3
26. Olen saanut peruskoulutukseni jälkeen teorian tietoa, miten motivoivaa haastattelua toteutetaan.	1	2	3
27. Motivoivassa haastattelussa avoimet kysymykset ovat tärkeitä, jotka alkavat m- tai k-alkuisella kysymyssanalla, kuten mikä, miten, milloin, kuka, kenen kanssa, kuinka.	1	2	3
28. Motivoivassa haastattelussa on suuri merkitys haastattelijan persoonallisuudessa ja empaattisuudessa.	1	2	3
29. Motivoivan haastattelun tavoitteena on löytää keinoja potilaan alkoholinkäytön vähentämiseksi.	1	2	3
30. Tarvitsisin lisäkoulutusta, miten käytännön vastaanotto-tilanteissa motivoivaa haastattelua toteutetaan.	1	2	3
31. Minulla on riittävästi taitoa toteuttaa motivoivaa haastattelua vastaanottotilanteissa.	1	2	3

C. TOTEUTUS

ASTEIKKO= 1= Samaa mieltä
 2= Eri mieltä
 3= En osaa sanoa

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 32. Olen kysynyt jokaiselta vastaanotolla käyvältä potilaalta hänen alkoholinkäytöstään. | 1 | 2 | 3 |
| 33. Kysyn jokaiselta uudelta potilaalta hänen alkoholinkäytöstään. | 1 | 2 | 3 |
| 34. Jos potilas ilmoittaa juovansa alkoholia, pyydän häntä täyttämään Audit - testin. | 1 | 2 | 3 |
| 35. Jos Audit – testi osoittaa potilaan juovan runsaasti, otan asian puheeksi. | 1 | 2 | 3 |
| 36. Annan potilaalle suullisesti tietoa runsaan alkoholin-
käytön seurauksista. | 1 | 2 | 3 |
| 37. Annan potilaalle kirjallista materiaalia runsaan alkoholin-
käytön seurauksista. | 1 | 2 | 3 |
| 38. Pyrin selvittämään potilaan omaa halua vähentää juomistaan. | 1 | 2 | 3 |
| 39. Juomisen vähentämiseen motivoituneen potilaan kanssa
asetamme yhdessä tavoitteet juomisen vähentämiseksi. | 1 | 2 | 3 |
| 40. Tavoitteet asetetaan niin konkreettisesti, että seuraavalla
käynnillä voidaan arvioida niiden saavuttamista. | 1 | 2 | 3 |
| 41. Lähetän potilaan laboratoriokokeisiin (E-MCV, S-GT, S-CDT). | 1 | 2 | 3 |
| 42. Varaan uuden ajan, kun laboratoriovastaukset ovat tulleet. | 1 | 2 | 3 |

43. Kerron potilaalle, onko laboratoriokokeissa näkynyt runsas alkoholinkäyttö. 1 2 3
44. Jos potilaan runsaaseen alkoholinkäyttöön ei tehoa neuvonta tai motivointi, ehdotan hänelle päihdeklinalta ajan varaamista. 1 2 3
45. Varaan itse ajan potilaalle päihdeklinalta, jos potilas sitä toivoo. 1 2 3
46. Jos potilaan runsaaseen alkoholinkäyttöön ei muu auta, ehdotan hänelle lääkehoitoa. 1 2 3
47. Kerron potilaalle lääkehoidon vaihtoehtoista. 1 2 3
47. Jos potilas osoittautuu alkoholistiksi ja tavanomaiset hoidot eivät tehoa, tiedustelen hänen halukkuuttaan mennä laitoshoitoon? (esim. Kankaanpään A-koti, Myllyhoitohoidon hoitopaikat, Järvenpään sosiaalisairaala.) 1 2 3
48. Jos potilas on suostuvainen, teen hänelle lähetteen laitoshoittoa varten. 1 2 3
49. Kerron potilaalle suullisesti AA-toiminnasta. 1 2 3
50. Annan potilaalle kirjallista materiaalia AA-toiminnasta. 1 2 3

KIITOS VASTAAMISESTANNE